

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)		GRADE Grade CIV	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
ORGANIZATION Organisation AFGHANISTAN CIVILIAN		NATION (e.g., United States) Pays AFGHANISTAN	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire		<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	
<input type="checkbox"/> NEGROID Négruide		<input type="checkbox"/> MARRIED Marié		<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf		<input checked="" type="checkbox"/> UNKNOWN	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le susdit			
STREET ADDRESS Domicile à l'us		CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)			
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale					
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)					INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort					MULTIPLE BLUNT FORCE INJURIES COMPLICATED BY PROBABLE RHABDOMYOLYSIS
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire			
		UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire			
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup> Autres conditions significatives <sup>2</sup>					
MODE OF DEATH Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures	
NATURAL Mort naturelle		MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie			
ACCIDENT Mort accidentelle					
SUICIDE Suicide		NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste LTC(P), USA, MC			
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide		DATE Date 13 NOV 2003		AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non	
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 1430, 6 NOV 2003		PLACE OF DEATH Lieu de décès HELMAND PROVINCE, AFGHANISTAN			
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus					
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire LTC(P), USA, MC		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER			
GRADE Grade LTC(P) / O-5		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN			
DATE Date 13 NOV 2003					
<sup>1</sup> State disease, injury or complication which <sup>2</sup> State conditions contributing to the death. <sup>3</sup> Prevenir la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc. <sup>4</sup> Prévenir la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.					

DD FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 1972 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 1975, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V1.00